



SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Prestadores de Salud

Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud

Subdepartamento de Fiscalización en Calidad

Unidad de Apoyo Legal

CIRCULAR IP/N°53

SANTIAGO, 02 JUL. 2021

SUSTITUYE LA CIRCULAR IP N°50 DE 11 DE MARZO DE 2021, Y DICTA NUEVAS INSTRUCCIONES A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS RESPECTO DE NORMAS ESPECIALES PARA APLICAR EN LOS PROCEDIMIENTOS DE ACREDITACIÓN, REACREDITACIÓN Y DE EVALUACIÓN DE PLANES DE CORRECCIÓN QUE SE EJECUTEN, LAS QUE SE APLICARÁN HASTA QUE LA INTENDENCIA DE PRESTADORES LO DETERMINE. -

VISTOS: Lo dispuesto en el Numeral 1° y en el inciso final del Artículo 121 del Decreto con Fuerza de Ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469; en el Reglamento del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N°15, de 2007, del Ministerio de Salud, en adelante "**el Reglamento**"; lo previsto en los Estándares Generales de Acreditación para los Prestadores Institucionales, vigentes a la fecha, especialmente en el N°2 del Acápite II de sus respectivos Manuales, sobre Interpretación de las Normas contenidas en este Manual", y en el N°5 de su Acápite III, sobre "Reglas de Decisión", modificado por el Decreto Exento N°5 de 2019, del Ministerio de Salud; en el Artículo 8 y demás pertinentes del Decreto Supremo N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, sobre Alerta Sanitaria por Coronavirus COVID-19, publicado el 8 de febrero de 2020, y sus modificaciones posteriores; en la Circular IP/N°37, de 31 mayo de 2017, modificada por la Circular IP/N°44, de 12 de marzo de 2020, sobre fiscalización del procedimiento de acreditación; en la Circular IP/N°48, de 19 de agosto de 2020, sobre la elaboración del Informe de Acreditación y su formato; en la Circular IP/N°50, de 11 de marzo de 2021, que instruye a las Entidades Acreditadoras respecto de normas especiales y transitorias para aplicar en los procedimientos de acreditación y reacreditación que se ejecuten durante la vigencia del Decreto Supremo N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, sobre Alerta Sanitaria, antedicho; en el Oficio Circular IP/N°3, de 16 de marzo de 2020, que suspendió los procesos de acreditación en trámite y dictó las instrucciones al efecto; en el Oficio Circular IP/N°4, de 18 de marzo de 2020, que complementó el anterior; en el Oficio Circular IPN°12, de 12 de agosto de 2020, que dispone la prórroga de la vigencia de la acreditación de los prestadores Institucionales de Salud Acreditados, cuya fecha de vigencia termine dentro del periodo comprendido entre el 1° de enero de 2020 al 31 de julio de 2021; en el Oficio Circular IP/N°16, de 4 de diciembre de 2020, que dispuso el progresivo y gradual levantamiento de la

suspensión de los procedimientos de acreditación; ... ((agregar el Oficio Circular sustitutivo del IP/N°13, de agosto 2020)) y en la Resolución RA 882/52/2020, de 02 de marzo de 2020;

CONSIDERANDO:

- 1º La vigencia del Estado de Alerta Sanitaria por Coronavirus COVID-19, establecido por el Decreto Supremo N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, sobre Alerta Sanitaria por Coronavirus COVID-19, publicado el 8 de febrero de 2020, esta Intendencia procedió a dictar el Oficio Circular IP/N°3, de 16 de marzo de 2020, que suspendió los procesos de acreditación en trámite y dictó instrucciones al efecto;
- 2º Que, a fin de restablecer el normal y pleno funcionamiento del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales, con las debidas condiciones de seguridad sanitaria, esta Intendencia ha estado permanentemente atenta a la evolución de la pandemia por COVID-19 en el país, así como a la situación de los prestadores institucionales del país, efectuando diversos estudios, consultas y evaluaciones al respecto, de modo de acopiar los antecedentes necesarios para adoptar, en la oportunidad más adecuada, las medidas progresivas y fundadas que permitiesen la más pronta reanudación del pleno y normal funcionamiento de dicho Sistema de Acreditación;
- 3º Que, a esos efectos, y atendiendo a la situación impuesta por la pandemia a los prestadores institucionales, esta Intendencia, el 4 de septiembre del 2020, ordena la conformación de un Comité de Trabajo Intersectorial, con el objeto de recoger las inquietudes y propuestas de las Entidades Acreditadoras, así como las de los representantes del Ministerio de Salud y del Instituto de Salud Pública de Chile, liderado por profesionales de su Subdepartamento de Fiscalización en Calidad, con el objeto de elaborar un procedimiento de evaluación especial, conforme a la normativa de excepción vigente, que considerara los efectos del estado de emergencia sanitaria y el adecuado logro de los objetivos del Sistema de Acreditación en las nuevas condiciones que la emergencia sanitaria ha impuesto, de modo que en él se combinen adecuadamente actos de evaluación y constatación, que se puedan ejecutar tanto en terreno, como por vía telemática o remotos, procedimiento especial al que, por lo mismo, se le podrá denominar como "HÍBRIDO";
- 4º Que, a esos efectos, se conformaron siete grupos de trabajo, integrados por representantes de 32 de las 34 Entidades Acreditadoras actualmente autorizadas, así como de las instituciones antes señaladas, trabajo del cual se originó una propuesta de procedimiento especial, que integra una Fase Telemática Sincrónica y una Fase Presencial, para cuya implementación se contemplan las normas, etapas y condiciones que impone el Plan "Paso a Paso" del Ministerio de Salud, y en el cual se mantiene, por regla general y en su esencia técnica, la aplicación de la normativa y criterios normativos y técnicos vigentes del Sistema de Acreditación;
- 5º Que, dicha propuesta fue sometido a un procedimiento Piloto, cuyos exitosos resultados, constan en el "INFORME ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL PILOTO - EVALUACION HIBRIDA DE PROCESOS DE ACREDITACIÓN EN FASE TELEMÁTICA SINCRÓNICA TELEPRESENCIAL", de fecha 6 de enero de 2021 elaborado por el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia;

- 6º Que el proceso anterior, unido al resultado de una encuesta aplicada a 142 prestadores institucionales, durante el mes de septiembre de 2020, respecto de la situación particular en que cada uno de ellos se encontraba por los efectos de la pandemia COVID-19, así como respecto de sus posibilidades reales y razonables de reiniciar, o iniciar, sus respectivos procedimientos de acreditación o reacreditación suspendidos, permiten estimar que se cuentan con los antecedentes necesarios para establecer un procedimiento especial de evaluación que asegure una adecuada reanudación y ejecución de los procedimientos de acreditación y reacreditación a partir de la vigencia del Decreto Supremo N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, sobre Alerta Sanitaria por Coronavirus COVID-19; y además, el resultado de una encuesta aplicada en el mes de octubre de 2020 a 34 entidades acreditadoras vigentes, respecto de la situación particular en que cada una de ellas se encontraba respecto de sus posibilidades reales y razonables de reiniciar o iniciar procesos de acreditación de prestadores institucionales;
- 7º Que los procedimientos que se ejecuten conforme a las normas de la presente Circular se ejecutarán conforme a las reglas generales y normales del Sistema de Acreditación, quedando sujetos, exclusivamente, a las modificaciones y adecuaciones específicas y transitorias, que se han estimado imprescindibles introducir. por este acto y que se explicitan en la presente Circular;
- 8º Que, en ese sentido, debe tenerse presente que, mediante el Oficio Circular IP/N°16, de 4 de diciembre de 2020, esta Intendencia dispuso el progresivo y gradual levantamiento de la suspensión de los procedimientos de acreditación, reacreditación y de evaluación de los Planes de Corrección, basadas en el estricto respeto al principio de voluntariedad de los prestadores institucionales interesados en someterse a estos procedimientos a partir de este período de emergencia sanitaria, sólo cuando se estime que los prestadores institucionales se encuentren en condiciones de someterse a dichos procedimientos y sólo cuando se cuente con el consentimiento previo expreso del prestador institucional respectivo;
- 9º Que, en dichos procedimientos se aplicarán las reglas generales vigentes del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, **salvo en las materias específicas que expresamente se señalan en las instrucciones que por este acto se disponen;**
- 10º Que, debe tenerse presente que, atendida las características epidemiológicas de la pandemia por COVID-19 en curso, las presentes instrucciones serán revisadas y adecuadas periódicamente, y que, tanto las entidades acreditadoras como los prestadores interesados, podrán siempre hacerse presente a esta Intendencia los problemas o circunstancias especiales que les afecten para su debida aplicación;

Y TENIENDO PRESENTE las facultades legales y reglamentarias, permanentes y de excepción, antes referidas, vengo en **SUSTITUIR EL TEXTO DE LA CIRCULAR IP N°50 DE 11 DE MARZO DE 2021, mediante** las siguientes instrucciones a las Entidades Acreditadoras:

- 1. INSTRÚYESE A LAS ENTIDADES ACREDITADORAS, respecto de las siguientes normas transitorias y especiales que deben cumplir en la ejecución de los procedimientos de acreditación, reacreditación y evaluación de los Planes de Corrección, a partir del Decreto Supremo N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, sobre Alerta Sanitaria por Coronavirus COVID-19, publicado el 8 de febrero de 2020, a saber:**

1.1. Reglas generales:

- a) La aplicación de las presentes instrucciones estará siempre sujeta a los cambios que imponga la evolución de la situación epidemiológica derivada de la pandemia por COVID-19, así como a las instrucciones y normativas que al efecto dicte el Ministerio de Salud, lo que se informará a los interesados oportunamente;
- b) Por regla general, en tales procedimientos se aplicarán todas las normas permanentes y habituales que han regido a tales procedimientos, así como las interpretaciones oficiales que se han dictado a su respecto;
- c) Las presentes instrucciones sólo se aplicarán en los casos y situaciones especiales que ellas señalan expresamente para los procedimientos de acreditación, reacreditación o de evaluación de los Planes de Corrección que se ejecuten a partir de la vigencia del Decreto Supremo N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, sobre Alerta Sanitaria por Coronavirus COVID-19; y hasta que la Intendencia de prestadores lo determine.
- d) Es responsabilidad de las Entidades Acreditadoras disponer y proveerse, adecuada y legalmente, de los equipos tecnológicos mínimos, correspondiendo a wifi o internet banda ancha, sistema office (Pdf actualizado), para la debida ejecución de las constataciones y evaluaciones telemáticas a los prestadores institucionales que se disponen en el "Procedimiento Híbrido" regulado en el numeral 1.4. de esta Circular, cuando en el respectivo procedimiento deba aplicarse dicho procedimiento en cumplimiento de las normas siguientes. Por lo mismo, las Entidades que no posean tales equipos deberán renunciar a la designación de que hubieran sido objeto o excluirse de participar en la reanudación de los procedimientos de acreditación o reacreditación correspondiente;
- e) Si la Entidad Acreditadora se ve imposibilitada de desarrollar el proceso de evaluación designado aleatoriamente, se ordenará la devolución de todos los antecedentes y aranceles que ella hubiere recibido del prestador institucional;

1.2. De la reanudación de los procedimientos afectos a la suspensión dispuesta por el Oficio Circular IP/N°3, de 16 de marzo de 2020, complementado por el Oficio Circular IP/N°4, de 18 de marzo de 2020:

- a) A los efectos de dar curso al proceso de progresivo y gradual levantamiento de la suspensión de los procesos antes señalados, primeramente, el Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud de esta Intendencia, efectuará una primera estimación, según los antecedentes que posea, respecto de los prestadores institucionales que pudieren encontrarse en condiciones de reiniciar tales procedimientos adecuadamente y que han señalado contar con los equipos tecnológicos mínimos para ser evaluados telemáticamente por la respectiva Entidad Acreditadora;
- b) Dicho Subdepartamento se comunicará oportunamente con los prestadores institucionales, mediante correo electrónico dirigido al representante legal de cada uno de ellos, a fin de recabar los antecedentes adicionales que estime,

consultar al prestador respecto de su actual situación y disposición para reiniciar tales procedimientos adecuadamente, así como para recabar su consentimiento, cuando corresponda;

- c) Los procedimientos de **evaluación de los Planes de Corrección** que se encontraren suspendidos en cualquier etapa, serán reanudados sólo cuando el representante legal del prestador haya manifestado su voluntad expresa de reanudar el respectivo procedimiento y ellos se llevarán a efecto de acuerdo a las reglas generales y normales del Sistema de Acreditación, por tanto, de manera exclusivamente presencial, **no siendo aplicables en tales procedimientos las reglas especiales del "Procedimiento Híbrido de Acreditación"**. Sin perjuicio de lo anterior, de acuerdo a las antedichas reglas generales y en particular a la Circular IP N°37 de 2017, previo a la evaluación en terreno las Entidades Acreditadoras podrán solicitar a los prestadores los documentos indicados en el **Anexo N°2**, según corresponda, y además, posterior a la evaluación en terreno frente a la necesidad de aclarar algún tema respecto de la evaluación del plan de corrección, podrá hacerlo, vía correo electrónico o por medio de una reunión telemática;
- d) Los procedimientos de acreditación, reacreditación y de evaluación de Planes de Corrección suspendidos, sólo serán reanudados, una vez que esta Intendencia haya consultado y constatado que el prestador institucional respectivo se encuentra en condiciones de someterse a la evaluación de dichos procedimientos y que el representante legal del prestador ha manifestado su voluntad expresa de reanudar el respectivo procedimiento, cualquiera sea la etapa en que se haya encontrado dicho procedimiento al momento de dictarse la suspensión antes referida. Además, en los procedimientos de acreditación y reacreditación sólo podrán aplicarse las normas del "Procedimiento Híbrido de Acreditación" o el "Procedimiento Presencial", **de acuerdo a lo que el representante legal del prestador institucional hubiere expresamente consentido** en ello al momento de manifestar su voluntad de reanudación de los mismos;
- e) La decisión de esta Intendencia que declare y disponga la reanudación de los procedimientos actualmente suspendidos, se adoptará respecto de cada uno de ellos, según el mérito de cada caso. Dicha decisión se comunicará a los prestadores institucionales interesados mediante correo electrónico dirigido al representante legal de cada uno de los prestadores interesados;
- f) En el caso de la reanudación de los procesos de acreditación suspendidos que se encuentren en etapa de designación aceptada por la Entidad Acreditadora, o etapas posteriores, si dicha Entidad optara por no continuar con el procedimiento respectivo, deberá comunicarlo por los canales formales a esta Intendencia y al prestador involucrado. La Intendencia declarará el proceso desierto, instruyendo a la Entidad Acreditadora lo pertinente y, en todo caso, la devolución de los documentos que haya recibido y de cuota del arancel de acreditación que le haya sido pagada. Cumplido lo anterior, se procederá a incluir al prestador en un sorteo de designación aleatoria de una nueva Entidad Acreditadora para la ejecución de dicho proceso;

1.3. Normas comunes a los procedimientos de acreditación, reacreditación o de evaluación de los Planes de Corrección, a partir de la vigencia del

Decreto Supremo N°4, de 2020, del Ministerio de Salud, sobre Alerta Sanitaria por Coronavirus COVID-19:

1.3.1. Preeminencia de las normas del Ministerio de Salud para el enfrentamiento de la Pandemia COVID-19: La ejecución de dichos procedimientos, estará siempre subordinada al debido e íntegro cumplimiento de las instrucciones y normativas que dicte el Ministerio de Salud y especialmente a las normas y condiciones que se establezcan en el "Plan Paso a Paso" de ese Ministerio;

1.3.2. Sobre los procedimientos de designación aleatoria de Entidades Acreditadoras para la ejecución de dichos procedimientos en este período:

- a) Dichas designaciones aleatorias se llevarán a cabo conforme a las normas de la Circular Interna IP/N°8, de 5 de marzo de 2021, que ha establecido nuevas reglas al efecto, sin perjuicio de la aplicación de las siguientes reglas adicionales;
- b) La incorporación de los prestadores institucionales al respectivo procedimiento de designación aleatoria si él se ubicare en una comuna que se encuentre en Fase 2 o superior del antedicho "Plan Paso a Paso" del Ministerio de Salud;
- c) Sin perjuicio de lo anterior, las evaluaciones telemáticas y presenciales en terreno que corresponda ejecutar en estos procedimientos, sólo podrán en concordancia y respeto estricto a la normativa del Ministerio de Salud imperante a la fecha de autorización;
- d) La Entidad Acreditadora que no concordare, por cualquier causa, con la voluntad del prestador institucional respecto de la modalidad presencial o "híbrida" de ejecución del procedimiento de evaluación por la que dicho prestador hubiere optado, deberá excluirse de manera obligatoria y en la oportunidad señalada en la Circular Interna IP/N°8, de 5 de marzo de 2021, antes referida, de participar en el procedimiento de designación aleatoria correspondiente, bajo apercibimiento de inicio del respectivo procedimiento sancionatorio;

1.3.3. De las condiciones que deberán cumplir los intervinientes en esos procedimientos:

- a) **El Prestador a evaluar:**
 - i. El prestador podrá ser incluido en los procedimientos de designación aleatoria, de acuerdo a lo que determine la Intendencia de Prestadores en función del Plan Paso a Paso";
 - ii. El prestador deberá contar con las medidas de seguridad sanitarias mínimas instruidas por el MINSAL para el desarrollo del proceso en forma presencial;
 - iii. El prestador deberá disponer de los medios tecnológicos necesarios para el soporte de la evaluación Telemática (Wifi o internet de banda ancha, office adobe pdf);

- b) La Entidad Acreditadora, para poder aceptar válidamente su designación aleatoria, o la reanudación del procedimiento, según el caso, deberá:**
- i.** Contar con un equipo evaluador y con un director técnico capacitado y/o actualizado en precauciones estándares, aislamiento de contacto y gotitas;
 - ii.** Evaluar las condiciones de riesgo de contagio para Covid-19, previo a la selección del equipo evaluador;
 - iii.** Tener su "procedimiento interno para la evaluación híbrida", y su "protocolo de seguridad", elaborados y debidamente aprobados por el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad;
 - iv.** Disponer de sistemas y plataformas telemáticas disponibles y seguras para el proceso de evaluación del prestador;
 - v.** Contar con firma electrónica avanzada en correcto funcionamiento; para validar el informe de acreditación.

1.3.4. De la SEGURIDAD DE LA INFORMACION:

Al igual que en los procesos regulares, las Entidades deben dar cumplimiento al debido resguardo de la información recabada en los procesos designados, debiendo tomar las medidas necesarias en cuanto a los sistemas electrónicos a utilizar y su expediente, en razón de la metodología "híbrida" a utilizar (presencial y telemática) de las constataciones y evaluaciones. Por tal motivo, a este procedimiento especial, en adelante, también podrá denominarse "Procedimiento Híbrido de Acreditación";

1.4. DEL PROCEDIMIENTO HÍBRIDO DE ACREDITACIÓN:

ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO

I. Primera Etapa: PLANIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL PRESTADOR

Una vez que se haya designado a la Entidad que deberá realizar el procedimiento de evaluación del prestador, deberá coordinar con el prestador la evaluación híbrida, según los requerimientos puntuales de cada proceso y del tipo de prestador.

- a)** Solicitar al prestador una reunión de coordinación del procedimiento de evaluación, la que se ejecutará vía telemática;
- b)** En dicha reunión deben estar presentes, a lo menos:
 - i.** Por el Prestador:
 - Su representante legal;
 - Su Director(a) Médico; y
 - Su Encargado(a) de Calidad

- ii. Por la Entidad Acreditadora:
 - Su Director Técnico; y
 - Su representante legal (opcional)
- c) Los objetivos de la antedicha reunión serán:
 - i. Que la Entidad explique al prestador la modalidad de evaluación señalada en el presente procedimiento y las diferencias relacionadas con los procedimientos de acreditación anteriores a la pandemia;
 - ii. Establecer los requerimientos para una adecuada evaluación conforme a esa nueva normativa, especialmente, en relación a medios tecnológicos a utilizar, infraestructura o requerimientos especiales a implementar por el prestador a esos efectos, para las actividades presenciales de la Entidad, tales como requisitos de los espacios físicos a utilizar por la Entidad en ellos, los que deberán contar con espacio suficiente y con ventilación adecuada;
 - iii. Concordar los mails de comunicación formal y los sistemas o plataformas para el envío de los documentos y la información del proceso (tales como, utilización de la nube, disco duro, pendrive, zoom u otros similares);
 - iv. La Entidad informará el modo y formato en que el prestador deberá entregar la información requerida, sobre la o las fechas de entrega, y sobre la designación de responsables por punto de verificación de los documentos enviados, incluyendo su Rut, profesión, celular o anexo, todo ello conforme al **Anexo N°1** de la presente Circular;
 - v. La Entidad informará que se dejará registro de la documentación enviada y recibida según las condiciones establecidas en esta reunión;
 - vi. De todo lo anterior se dejará constancia en un acta, documento que será firmado y aprobado por las partes y digitalizado;
- d) La Entidad, en su oportunidad, deberá verificar que los referentes señalados por el prestador, en el punto de verificación como responsables del documento, corresponden a funcionarios y profesionales que efectivamente cumplen con funciones en dicho punto de verificación;
- e) **Sobre el Cronograma del procedimiento de evaluación en terreno en estos procedimientos:**
 - i. La Entidad deberá elaborar y enviar el Cronograma del procedimiento de evaluación en terreno, según las instrucciones contenidas en la Circular IP/N°37, de 31 mayo de 2017, modificada por la Circular IP/N°44, de 12 de marzo de 2020, y cumpliendo, además, el formato señalado en el **Anexo N°2** de la presente Circular;

- ii. Si por cualquier causa derivada de la evolución de la pandemia COVID-19 o por modificaciones introducidas al "Plan Paso a Paso" del Ministerio de Salud, se tuviere que modificar cualquiera de los contenidos del Cronograma enviado a esta Intendencia, o el que ya estuviere fiscalizado y aprobado, la Entidad Acreditadora deberá comunicar a esta Intendencia una propuesta de modificaciones al Cronograma, destinadas a superar el problema de que se trate, a la brevedad posible;
- iii. Si en tales casos, la Entidad Acreditadora no procediere de esa forma, esta Intendencia determinará las medidas que estime necesarias, sin perjuicio de la apertura del correspondiente procedimiento sancionatorio por dicha omisión, si lo estimare pertinente. Asimismo, en tales casos el prestador institucional interesado podrá también solicitar a esta Intendencia de Prestadores la modificación del respectivo Cronograma;
- iv. Las reglas señaladas en los numerales **ii.** y **iii.** precedentes, se aplicarán también a los procedimientos de acreditación, reacreditación y verificación de Planes de Corrección que se ejecuten conforme a las normas de los procedimientos regulares (o no "híbridos");

II. Segunda Etapa: REVISIÓN Y EVALUACIÓN DE DOCUMENTOS RECIBIDOS POR LA ENTIDAD POR VIA TELEMATICA

- a) Una vez que el prestador envíe los documentos, o a medida que son enviados dentro de lo programado y los plazos exigidos en la Circular IP/Nº37, la Entidad deberá distribuir tales documentos, de acuerdo al cronograma aprobado y a los evaluadores que corresponda, para su revisión y posterior evaluación a través de la vía señalada y acordada en la reunión de coordinación regulada en el numeral **I** de la Etapa precedente;
- b) **Reunión de inicio:** La Entidad deberá realizar una reunión con los representantes del prestador evaluado, vía telemática, de inicio del procedimiento de evaluación, para cumplir con las exigencias señaladas en la Circular IP/Nº37, de 2017, sobre fiscalización del procedimiento de acreditación;
- c) La Entidad deberá dejar registro del inicio y termino de dicha reunión efectuada vía telemática, a través de un acta aprobada por las partes y digitalizada, que contenga la hora de inicio y de término; también y de manera opcional se podrá grabar dicha reunión;
- d) De acuerdo al cronograma, cada evaluador tomará contacto con el referente del prestador y procederá a la revisión del documento, cumpliendo con las mismas exigencias que son equivalentes a la evaluación presencial en relación a la verificación y validación del documento, frente al evaluado (por ejemplo, los atributos exigidos al documento en el elemento medible, firmas, timbre notarial, etc.);

- e) Para la revisión del documento, el evaluado deberá compartir pantalla, o a través de un procedimiento equivalente, en forma sincrónica, con el evaluador y aclarar dudas;
- f) El referente del prestador debe ser siempre el mismo designado por el prestador como responsable del documento en el punto de verificación respectivo, el que debe estar identificado en el Cronograma aprobado por el Subdepartamento de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia;
- g) Al momento de la evaluación de todo documento, y a modo de respaldo de haberla ejecutado, se deberá dejar constancia en la página o parte del documento donde se encuentre el atributo exigido por el respectivo elemento medible de la pauta de cotejo del estándar, la firma digital simple del evaluador o la Entidad respectiva, todo ello según los requerimientos de la Circular IP/N°37, de 2017, modificada por la Circular IP/N°44, de 2020, tales como el nombre del evaluador, de la Entidad Acreditadora y de la fecha de la evaluación;
- h) Debido a que se trata de un procedimiento excepcional de evaluación, los documentos que sean evaluados por vía telemática sincrónica, dentro de lo programado en el cronograma y enviados según lo señalado en el **Anexo N°1** del presente procedimiento, se entenderán, para todos los efectos legales, como "evaluados en el respectivo punto de verificación (PV)";
- i) En caso que ocurran interrupciones durante la evaluación debido a causas tecnológicas, tales como caídas del sistemas o fallas de internet, se deberá reprogramar la evaluación, según acuerdo de las partes, para continuar la evaluación e informar a la Intendencia la reprogramación respectiva y toda modificación que se efectúe al Cronograma aprobado;
- j) Siempre se deberá dejar registro en un acta sobre toda clase de reprogramaciones;
- k) En caso que la evaluación deba exceder el tiempo originalmente programado, la Entidad deberá realizar una nueva programación bajo las mismas condiciones señaladas en los dos literales anteriores;
- l) Para los efectos del proceso de evaluación y de su transparencia, si el evaluador que evalúa un documento en la fase telemática sincrónica, no es el mismo que realiza la evaluación en terreno, el (la) Director(a) Técnico(a) deberá tomar las medidas que aseguren, que el evaluador que realizará la evaluación en terreno, haya leído el documento y esté al tanto de las observaciones realizadas en la fase telemática.
- m) Debe tenerse presente que la evaluación de los indicadores con sus informes y fuentes primarias, así como las otras constataciones que no correspondan a los protocolos enviados en forma previa a la evaluación presencial, tales como entrevistas, revisión de fichas clínicas y otras verificaciones similares del estándar respectivo, deben realizarse en terreno en forma presencial, con las medidas de seguridad referidas en el presente procedimiento en el **Anexo N°3**.

III. Tercera Etapa: CONSTATAIONES PRESENCIALES

- a) Una vez evaluados los documentos y de acuerdo al cronograma, la Entidad deberá presentarse en las dependencias del prestador para la ejecución de las constataciones necesarias relativas al resto de los elementos medibles de las características del estándar a evaluar;
- b) Atendiendo a la estructura y complejidad del prestador, o a las reprogramaciones que se formulen respecto del cronograma aprobado, la evaluación de algunos documentos del prestador podrá ejecutarse en forma paralela a la evaluación presencial;
- c) Se debe tener presente que el Director Técnico deberá cumplir las mismas funciones y obligaciones instruidas y descritas en la Circular IP/Nº37, de 2017, modificada por la Circular IP/Nº44, de 2020, por lo que debe estar presente durante todo el proceso de evaluación presencial y telemática;
- d) La Entidad Acreditadora deberá realizar las verificaciones y constataciones en los puntos de verificación correspondientes, aplicando el "Protocolo de Seguridad Interno" de la Entidad Acreditadora, validado por la Superintendencia de Salud, de acuerdo a la normativa del MINSAL (**Anexo N°3**);
- e) El evaluador deberá cumplir con la exigencia del timbraje de los respaldos evaluados para las constataciones presenciales realizadas en los puntos de verificación, según las instrucciones de la Circular IP N°37, de 2017;
- f) **Reunión de cierre:** La Entidad deberá realizar la reunión de cierre de acuerdo a las exigencias de la Circular IP/Nº37, procurando que esta no se extienda más de 30 minutos a 1 hora, si es presencial, con aforo mínimo permitido y elaborar acta con firma de las partes y digitalizada;
- g) **Reuniones extraordinarias:** estas se podrán programar por vía telemática entre el Director (a) Técnico (a) y el referente designado por el prestador dentro del horario designado para la evaluación en terreno, el que no puede exceder el horario o jornada habitual del prestador. Si ella se efectuare en forma presencial, deberá cumplir con las exigencias de aforo mínimo, tiempo de exposición y ventilación del recinto, señalados en los protocolos referidos en el **Anexo N°3**;

IV. ELABORACIÓN DE INFORME DE ACREDITACIÓN

- a) La Entidad Acreditadora y el equipo evaluador deberán analizar la información recabada en terreno y dejar constancia en actas internas, de las observaciones, dudas y conclusiones;
- b) Si resultare necesario volver presencialmente al prestador o solicitarle cualquier información adicional, se deberá priorizar recabar la información mediante vía telemática o electrónica, de lo que se deberá informar al Subdepartamento de Fiscalización en Calidad de esta Intendencia, debiendo

grabarse y dejar acta de la ejecución de dicha diligencia y reunión, si hubiere sido necesaria, y de sus acuerdos;

- c) El (la) Director (a) Técnico (a) es el (la) responsable de la consolidación y revisión del Informe de Acreditación, así como de su envío a esta Intendencia, de acuerdo a las normas regulares, y a las instrucciones y formatos establecidos en la Circular IP/N°48, de 2020.

2. **SE PREVIENE** que, ante situaciones no previstas en la normativa permanente relativas a los procedimientos de acreditación, reacreditación, de evaluación de los Planes de Corrección, o del "Procedimiento Híbrido", regulados por la presente Circular, esta Intendencia podrá siempre dictar instrucciones particulares o generales, así como adoptar las medidas que estime necesarias, las que serán obligatorias para las Entidades Acreditadoras y los prestadores institucionales interesados y que se estimen necesarias para asegurar la regularidad de tales procedimientos y el debido logro de los objetivos del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud en tales procedimientos. Las instrucciones y medidas particulares que afecten a uno de tales procedimientos, podrán ordenarse y comunicarse por correos electrónicos a los interesados en tales procedimientos, lo que se estimará suficiente para la validez de su notificación.
3. **SE REITERA** que, ante cada situación particular o problema que se presente a un prestador institucional o a una Entidad Acreditadora, vinculado a la ejecución de las instrucciones antes señaladas o a las situaciones derivadas de la pandemia por el Coronavirus COVID-19, la Intendencia de Prestadores resolverá lo que corresponda en cada caso, en mérito a los hechos invocados y antecedentes justificativos.
4. **PREVIÉNESE** que el incumplimiento de las normas precedentemente señaladas, podrá dar lugar a la instrucción de los procedimientos de fiscalización y sanción que correspondan, así como que siempre que se constatare, por cualquier medio, que la Entidad o el prestador interesado no dan debido cumplimiento a todas las condiciones antes señaladas, esta Intendencia podrá, en cualquier momento, ordenar la suspensión del procedimiento o declararlo desierto, a menos que estime que otras medidas, según el caso, pudieren asegurar la debida ejecución del procedimiento.
5. **TÉNGASE PRESENTE** que la fecha de inicio de los procedimientos de designación aleatoria de Entidades Acreditadoras para la ejecución de los procedimientos a que se refiere la presente Circular, se comunicará a las Entidades Acreditadoras y prestadores interesados mediante correo electrónico, y que durante la vigencia del estado de Alerta Sanitaria establecido por el Decreto Supremo N°4, de 2020, del Ministerio de Salud tales procedimientos se ejecutarán cualquier día de la semana que esta Intendencia determine en la resolución respectiva.
6. **PREVIÉNESE** a las Entidades Acreditadoras y prestadores institucionales que, en el desarrollo y ejecución de todos los procedimientos de acreditación, en todo aquello que no esté explícitamente señalado en esta Circular, rigen las instrucciones impartidas en la Circular IP/N°37 de 2017; y en la Circular IP/N°48 de 2020, en este último caso, para los efectos de la elaboración del Informe de Acreditación.
7. **DÉJASE SIN EFECTO** la Circular IP N°50, de 11 de marzo de 2021.
8. **VIGENCIA:** La presente Circular entrará en vigencia a contar de su notificación a cada una de las Entidades Acreditadoras, por correo electrónico, dirigido al correo

que tenga registrado su representante legal ante esta Intendencia y mantendrá su vigencia hasta que esta Intendencia disponga expresamente su derogación.

9. NOTIFÍQUESE a los Representantes Legales de las Entidades Acreditadoras.

COMUNÍQUESE, REGÍSTRESE Y PUBLÍQUESE EN LA PÁGINA WEB DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD



CARMEN MONSALVE BENAVIDES
INTENDENTA DE PRESTADORES DE SALUD
SUPERINTENDENCIA DE SALUD

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL INCISO 4º DEL ARTÍCULO 41 DE LA LEY Nº19.880, SOBRE BASES DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS QUE RIGEN LOS ACTOS DE LOS ÓRGANOS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO, ESTA INTENDENCIA INFORMA QUE CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN PROCEDEN LOS SIGUIENTES RECURSOS: EL RECURSO DE REPOSICIÓN, EL CUAL DEBE INTERPONERSE ANTE ESTA INTENDENCIA, DENTRO DEL PLAZO DE 5 DÍAS, CONTADOS DESDE LA NOTIFICACIÓN DE LA MISMA; Y EL RECURSO JERÁRQUICO, YA SEA EN SUBSIDIO DEL ANTERIOR, O SI SÓLO SE INTERPUSIERE ESTE SEGUNDO RECURSO PARA ANTE EL SUPERINTENDENTE DE SALUD, DENTRO DEL MISMO PLAZO ANTES SEÑALADO.

Adjunta: Anexos N°1, N°2 y N°3 señalados precedentemente.

JGM/CSR/HOG

Distribución:

- Representantes Legales de las Entidades Acreditadoras (a sus correos registrados)
- Prestadores institucionales ingresados en la base de datos del Sistema Informático de Acreditación IP (a sus correos registrados)
- Director (S) Instituto de Salud Pública de Chile
- Jefa de la Sección Fiscalización de Laboratorios Clínicos del ISP
- Superintendente de Salud
- Fiscal
- Jefa Subdepartamento de Fiscalización en Calidad IP
- Jefa (S) Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud IP
- Jefe Subdepartamento de Sanciones
- Encargado Unidad de Apoyo Legal IP
- Analistas de los Subdepartamentos de Fiscalización en Calidad, de Gestión en Acreditación y, de Sanciones, de la Intendencia de Prestadores
- Oficina de Partes
- Archivo

ANEXOS

ANEXO N°1

Solicitud de documentos al prestador

- a) Deberán ser enviados o subidos a una nube por el prestador dentro de la fecha acordada.
- b) En formato Adobe Pdf XI de preferencia.
- c) Considerar en la solicitud, la forma y disponibilidad de la información por parte del prestador en caso de que alguno de los respaldos requeridos no sea posible su disposición en formato PDF (archivadores, libros, sistemas digitales, etc.)
- d) Resguardar que el envío de la información, de cuenta de los puntos de verificación que aplican por elemento medible.
- e) Tener presente, que en el caso de que la "fórmula del indicador y su umbral" no vienen en los protocolos enviados, se podrán requerir al momento de la evaluación en la fase TST.

ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN ATENCIÓN CERRADA

Ámbito/Característica		Elemento medible	Documentos contemplados en el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada	Aprobados por la SdS
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.	Cir. IP 37
	DP 1.3	1°EM	Designación del responsable evaluación de los derechos de los pacientes.	Comité
		2°EM	Sistema de evaluación de los derechos de los pacientes.	Comité
	DP 2.1	1°EM	Documento que describe la obtención del consentimiento informado.	Cir. IP 37
	DP 3.1	1°EM	Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.	Cir. IP 37
	DP 4.1	1°EM	Convenio docente asistencial.	Comité
	DP 4.2	1°EM	Documento donde se establece los procedimientos y/0 actividades que pueden ejecutar los alumnos (pv)	Comité
		2°EM	Nivel de supervisión (pv)	Comité
		3°EM	Programa de supervisión de las actividades que pueden ejecutar los alumnos.	Cir. IP 37
	DP 5.1	1°EM	Identificación formal del comité de ética.	Comité
2°EM		Documento que describe las situaciones que deben someterse y el procedimiento para la presentación de casos al comité de ética.	Cir. IP 37	
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.	Cir. IP 37
		2°EM	Designación responsable del programa de calidad.	Comité
		3°EM	Documento que define el programa de calidad.	Cir. IP 37
		4°EM	Informe que da cuenta de la evaluación anual programa de calidad.	Comité
	CAL 1.2	1°EM	Designación de los responsables de calidad por pv	Comité
2°EM		Metas de calidad.	Comité	
Gestión Clínica	GCL 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de evaluación preanestésica.	Cir. IP 37
	GCL 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos de atención de enfermería.	Cir. IP 37
	GCL 1.3	1°EM	Documento que describe el procedimiento de la evaluación y manejo del dolor agudo.	Cir. IP 37
	GCL 1.4	1°EM	Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar.	Cir. IP 37
	GCL 1.5	1°EM	Documento que describe los criterios de ingreso y egreso a unidades de paciente crítico.	Cir. IP 37
	GCL 1.6	1°EM	Documento que describe los criterios de indicación de cesárea.	Cir. IP 37

Ámbito/Característica		Elemento medible	Documentos contemplados en el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada	Aprobados por la SdS
	GCL 1.7	1°EM	Documento que describe los criterios de indicación médica de transfusión.	Cir. IP 37
	GCL 1.8	1°EM	Identificación formal del comité oncológico.	Comité
	GCL 1.9	1°EM	Documento que describe el procedimiento de contención física.	Cir. IP 37
	GCL 1.10	1°EM	Documento que describe los criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio.	Cir. IP 37
	GCL 1.11	1°EM	Documento que describe el procedimiento de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.	Cir. IP 37
	GCL 1.12	1°EM	Documento que describe el proceso de identificación de pacientes.	Cir. IP 37
	GCL 1.13	1°EM	Documento que describe el procedimiento de manejo de uso de anticoagulantes orales.	Cir. IP 37
	GCL 2.1	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos	Cir. IP 37
	GCL 2.2	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de eventos adversos asociados a procesos asistenciales	Cir. IP 37
	GCL 2.3	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención	Cir. IP 37
	GCL 3.1	1°EM	Comité de IAAS , sus integrantes y ámbito de acción	Comité
		2°EM	Designación del médico y enfermera encargados del programa de IAAS, capacitación (mínimo curso de 80hrs) descripción de funciones y tiempo asignado	Comité
		3°EM	Constatación funcionamiento del comité (3 actas)	Comité
	GCL 3.2	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de IAAS.	Cir. IP 37
	GCL 3.3	1°EM	Documento que describe las medidas de control y prevención de las IAAS.	Cir. IP 37
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	1°EM	Documento que describe el sistema de alerta y organización en caso de emergencia.	Cir. IP 37
	AOC 1.2	1°EM	Documento que describe el sistema de categorización de pacientes.	Cir. IP 37
	AOC 1.3	1°EM	Documento que describe el procedimiento de notificación de las situaciones o resultados críticos.	Cir. IP 37
	AOC 2.1	1°EM	Documento que describe los elementos relacionados con la derivación de pacientes.	Cir. IP 37
	AOC 2.2	1°EM	Documento que describe el sistema de entrega de turnos.	Cir. IP 37
Competencias del Recurso Humano	RH 1.1	1° al 4°EM	Listado de Recursos Humanos	Comité
	RH 1.2	1° al 22°EM		Comité
	RH 1.3	1° y 2° EM		Comité
	RH 2.1	1°EM	Programa de inducción.	Cir. IP 37
	RH 2.2	1°EM	Programa de orientación.	Cir. IP 37
	RH 3.1	1°EM	Programa de capacitación.	Cir. IP 37
	RH 4.1	1°EM	Designación del responsable	Comité
		2°EM	Programa de control de riesgos.	Cir. IP 37
	RH 4.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes del personal con material contaminado con sangre, fluidos corporales y sustancias peligrosas.	Cir. IP 37
RH 4.3	1°EM	Programa de vacunación del personal.	Cir. IP 37	
Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe la existencia de ficha clínica única individual y su manejo.	Cir. IP 37
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe los registros clínicos.	Cir. IP 37
	REG 1.3	1°EM	Documento que describe los informes de prestaciones que deben ser entregados al paciente.	Cir. IP 37
	REG 1.4	1°EM	Documento que describe los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas.	Cir. IP 37

Ámbito/Característica		Elemento medible	Documentos contemplados en el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada	Aprobados por la SdS
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de equipamiento.	Cir. IP 37
	EQ 1.2	1°EM	Documento que describe un sistema del seguimiento de vida útil de equipamiento relevante.	Cir. IP 37
		2°EM	Informe anual de las necesidades de reposición de equipos.	Comité
	EQ 2.1	1°EM	Designación del responsable del programa de MP	Comité
		2°EM	Programa de mantenimiento preventivo del equipamiento.	Cir. IP 37
	EQ 2.2	1°EM	Programa de mantenimiento preventivo de equipos relevantes para la seguridad de los pacientes en las unidades de apoyo.	Cir. IP 37
EQ 3.1	1°EM	Documento que describe el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar equipos relevantes.	Cir. IP 37	
Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	1°EM	Designación del responsable.	Cir. IP 37
		2°EM	Documento que describe el plan de prevención de incendios.	Comité
		3°EM	Informe evaluación de riesgo de bomberos (quinquenal)	Comité
		4°EM	Análisis de los resultados del informe de evaluación y decisiones adoptadas	Comité
	INS 2.1	1°EM	Designación de responsable plan de evacuación	Comité
		2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.	Cir. IP 37
	INS 2.2	1°EM	Designación de responsable (señalética)	Comité
	INS 3.1	1°EM	Designación de responsable (mantenimiento preventivo instalaciones)	Comité
		2°EM	Programa de mantenimiento preventivo de instalaciones.	Cir. IP 37
	INS 3.2	1°EM	Designación de responsable (plan de contingencia en caso de interrupción del SE y AP)	Comité
2°EM		Documento que describe el plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico.	Cir. IP 37	
Servicios de Apoyo – Laboratorio Clínico	APL 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado.	Cir. IP 37
	APL 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos respecto de los procesos de las etapas analíticas y post analíticas.	Cir. IP 37
	APL 1.4	1°EM	Registros de participación programas de calidad en todas las áreas del prestador.	Comité
		2°EM	Documento de análisis y acciones de mejoras de los incumplimientos.	Comité
	APL 1.5	1°EM	Documento que describe las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso.	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Farmacia	APF 1.1	1°EM	Compra de prestaciones a prestadores formalizados por as competente.	Comité
	APF 1.2	1°EM	Formalización comité de farmacia.	Comité
		2°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de medicamentos.	Cir. IP 37
		3°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de insumos.	Cir. IP 37
		4°EM	Respaldo de participación técnica de usuarios de medicamentos.	Comité
		5°EM	Respaldo de participación técnica de usuarios de insumos.	Comité
	APF 1.3	1°EM	Designación responsable stock mínimo.	Comité
		2°EM	Documento que define el stock mínimo de medicamentos e insumos.	Cir. IP 37
		3°EM	Documento que describe el sistema de reposición del stock mínimo.	Cir. IP 37
	APF 1.4	1°EM	Documento que describe los procedimientos de farmacia.	Cir. IP 37
APF 1.5	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con medicamentos.	Cir. IP 37	

Ámbito/Característica		Elemento medible	Documentos contemplados en el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada	Aprobados por la SdS
	APF 1.6	1°EM	Documento que describe el procedimiento de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos.	Cir. IP 37
	APF 1.7	1°EM	Documento que describe el procedimiento de elaboración, almacenamiento y disposición de fórmulas de nutrición parenteral.	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Esterilización	APE 1.1	1°EM	Compra prestaciones a prestadores acreditados.	Comité
	APE 1.3	1°EM	Documento que describe los métodos de esterilización y desinfección.	Cir. IP 37
	APE 1.4	1°EM	Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril.	Cir. IP 37
	APE 1.5	1°EM	Documento que describe el procedimiento de desinfección de alto nivel.	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Transporte de Pacientes	APT 1.1	1°EM	Compra prestaciones a prestadores acreditados.	Comité
	APT 1.2	1°EM	Documento que describe procedimientos relacionados con el transporte de pacientes.	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Diálisis	APD 1.1	1°EM	Compra prestaciones a prestadores acreditados.	Comité
	APD 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos de hemodiálisis, peritoneo diálisis y sistema de registros estandarizados.	Cir. IP 37
	APD 1.3	1°EM	Programa de capacitación a pacientes y/o familiares en peritoneo diálisis.	Cir. IP 37
	APD 1.4	1°EM	Programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis.	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Radioterapia	APR 1.1	1°EM	Compra prestaciones a prestadores acreditados	Comité
	APR 1.2	2°EM	Documento que describe los procedimientos de radioterapia.	Cir. IP 37
	APR 1.3	1°EM	Documento que describe el sistema de control de calidad de la radioterapia.	Cir. IP 37
	APR 1.4	1°EM	Documento que describe las características de los registros clínicos.	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Anatomía Patológica	APA 1.1	1°EM	Compra prestaciones a prestadores acreditados	Comité
	APA 1.2	1°EM	Documento que describe los procesos de la etapa pre-analítica.	Cir. IP 37
	APA 1.3	1°EM	Documento que describe los procesos de la etapa analítica y post analítica.	Cir. IP 37
	APA 1.4	1°EM	Documento que describe las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Quimioterapia	APQ 1.1	1°EM	Compra prestaciones a prestadores acreditados	Comité
	APQ 1.2	1°EM	Documento que describe protocolos de tratamiento de quimioterapia y sistema de registros	Cir. IP 37
	APQ 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con quimioterapia	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Imagenología	API 1.1	1°EM	Compra prestaciones a prestadores acreditados	Comité
	API 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos imagenológicos que conllevan riesgos para los pacientes.	Cir. IP 37
	API 1.3	1°EM	Documento que describe los requisitos de la solicitud de examen y las indicaciones que deben entregarse al paciente antes y después de los procedimientos.	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Kinesioterapia	APK 1.1	1°EM	Compra prestaciones a prestadores acreditados	Comité
	APK 1.2	1°EM	Documento que describe los requisitos de preparación del paciente previo a la ejecución de procedimientos de kinesioterapia respiratoria.	Cir. IP 37
	APK 1.3	1°EM	Documento que describe las contraindicaciones para ejecución de procedimientos específicos y prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica.	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Transfusiones	APTTr 1.1	1°EM	Compra prestaciones a prestadores acreditados.	Comité
	APTTr 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de transfusión.	Cir. IP 37

Ámbito/Característica		Elemento medible	Documentos contemplados en el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada	Aprobados por la SdS
	APT _r 1.3	2°EM	Designación de responsables de la trazabilidad de los componentes sanguíneos.	Comité
Servicios de Apoyo – Atención de Donantes	APDs 1.1	1°EM	Documento que describe los procedimientos de donación de sangre.	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Centro de Sangre	APCs 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos para la entrega de productos.	Cir. IP 37
	APCs 1.4	2°EM	Responsable de trazabilidad de componentes sanguíneos.	Comité

ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN ATENCIÓN ABIERTA

Ámbito/Característica		Elemento medible	Documentos contemplados en el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta	Aprobados por la SdS
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.	Cir. IP 37
	DP 1.3	1°EM	Se ha designado el responsable de la evaluación del respeto a los derechos de los pacientes.	Comité
		2°EM	Se ha definido un sistema que evalúa el respeto a los derechos de los pacientes que incorpora la percepción de éstos.	Comité
	DP 2.1	1°EM	Documento que describe la obtención del consentimiento informado.	Cir. IP 37
	DP 3.1	1°EM	Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.	Cir. IP 37
	DP 4.1	1°EM	Existe convenio docente asistencial	Comité
	DP 4.2	1°EM	Procedimientos o actividades que pueden ejecutar los alumnos según carrera y nivel de formación.	Comité
		2°EM	Se ha definido el nivel de supervisión institucional requerido en cada caso.	Comité
		3°EM	Programa de supervisión de las actividades que pueden ejecutar los alumnos.	Cir. IP 37
	DP 5.1	1°EM	Se constata identificación formal del Comité de Ética del que dispone o al que puede acceder el prestador.	Comité
2°EM		Documento que describe el procedimiento para la presentación de casos al Comité de ética.	Cir. IP 37	
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.	Cir. IP 37
		2°EM	Existe un profesional a cargo del Programa de Calidad a nivel institucional	Comité
		3°EM	Programa de calidad.	Cir. IP 37
		4°EM	Existe un informe que da cuenta de la evaluación anual, que incluye un análisis de los resultados obtenidos.	Comité
Gestión Clínica	GCL 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de evaluación pre anestésico.	Cir. IP 37
	GCL 1.2	1°EM	Documento que describe el sistema de selección de pacientes para ser sometidos a cirugía mayor ambulatoria.	Cir. IP 37
	GCL 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos de atención de enfermería.	Cir. IP 37
	GCL 1.4	1°EM	Documento que describe el procedimiento de manejo de uso de anticoagulantes orales.	Cir. IP 37
	GCL 1.5	1°EM	Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar.	Cir. IP 37
	GCL 1.6	1°EM	Documento que describe los criterios de indicación médica de transfusión.	Cir. IP 37

Ámbito/Característica	Elemento medible	Documentos contemplados en el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta	Aprobados por la SdS	
	GCL 1.7	1° EM	Documento con identificación formal del Comité oncológico del que dispone o al que puede acceder el prestador.	Comité
	GCL 1.8	1°EM	Documento que describe el procedimiento de registro, rotulación, traslado y recepción de biopsias.	Cir. IP 37
	GCL 1.9	1°EM	Documento que describe el proceso de identificación de pacientes.	Cir. IP 37
	GCL 2.1	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de eventos adversos asociados a cirugía mayor ambulatoria.	Cir. IP 37
	GCL 2.2	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención.	Cir. IP 37
	GCL 3.1	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de infección de herida operatoria.	Cir. IP 37
		2°EM	Documento de carácter institucional donde se explicita sistema de vigilancia de infección de herida operatoria que incluye el procedimiento y criterios de notificación de acuerdo a orientaciones técnicas del Minsal.	Comité
GCL 3.2	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de IAAS.	Cir. IP 37	
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	1°EM	Documento que describe el sistema de alerta y organización en caso de emergencia.	Cir. IP 37
	AOC 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de notificación de las situaciones o resultados críticos.	Cir. IP 37
	AOC 2.1	1°EM	Documento que describe los elementos relacionados con la derivación de pacientes.	Cir. IP 37
Competencias del Recurso Humano	RH 1.1	1°EM	Habilitación profesional médicos permanentes.	Comité
		2°EM	Habilitación profesional médicos transitorios	Comité
		3°EM	Habilitación profesional cirujanos dentistas permanentes.	Comité
		4°EM	Habilitación profesional cirujanos dentistas transitorios	Comité
	RH 1.2	1° -22°	Habilitación profesionales y técnicos.	Comité
	RH 1.3	1°EM	Registro especialidad médica.	Comité
		2°EM	Registro especialidad odontológica.	Comité
	RH 2.1	1°EM	Programa de inducción.	Cir. IP 37
	RH 2.2	1°EM	Programa de orientación.	Cir. IP 37
	RH 3.1	1°EM	Programa de capacitación.	Cir. IP 37
	RH 4.1	1°EM	Se ha designado al responsable institucional del Programa de Salud Laboral.	Comité
		2°EM	Programa de control de riesgos.	Cir. IP 37
	RH 4.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes del personal con material contaminado con sangre, fluidos corporales y sustancias peligrosas.	Cir. IP 37
Registros Clínicos	REG 1.1	1°EM	Documento que describe la existencia de ficha clínica única individual y su manejo.	Cir. IP 37
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe las características de los registros clínicos.	Cir. IP 37
		1°EM	Documento que describe los informes que deben ser entregados al paciente respecto de las prestaciones realizadas.	Cir. IP 37
	REG 1.4	1°EM	Documento que describe los procedimientos de entrega, recepción y conservación de fichas clínicas.	Cir. IP 37
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de equipamiento.	Cir. IP 37

Ámbito/Característica		Elemento medible	Documentos contemplados en el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta	Aprobados por la SdS
	EQ 1.2	1°EM	Documento que describe un sistema del seguimiento de vida útil de equipamiento relevante.	Cir. IP 37
		2°EM	Existe un informe anual de las necesidades de reposición del equipamiento crítico.	Comité
	EQ 2.1	1°EM	Se ha designado el profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional.	Comité
		2°EM	Programa de mantenimiento preventivo del equipamiento.	Cir. IP 37
	EQ 2.2	1°EM	Programa de mantenimiento preventivo de equipos relevantes para la seguridad de los pacientes en las unidades de apoyo.	Cir. IP 37
	EQ 3.1	1°EM	Documento que describe el perfil técnico o profesional del personal autorizado para operar equipos relevantes.	Cir. IP 37
Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	1°EM	Se ha designado un responsable institucional del plan de prevención de incendios	Comité
		2°EM	Documento que describe el plan de prevención de incendios.	Cir. IP 37
		3°EM	Existe un informe de evaluación del riesgo de incendio, actualizado cada 5 años.	Comité
		4°EM	Existe un análisis de los resultados del informe de la evaluaciones y decisiones adoptadas al respecto.	Comité
	INS 2.1	1°EM	Se ha designado un responsable institucional del plan de evacuación	Comité
		2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.	Cir. IP 37
	INS 2.2	1°EM	Se ha designado el responsable institucional del mantenimiento y actualización periódica de la señalética de las vías de evacuación.	Comité
	INS 3.1	1°EM	Se ha designado un responsable institucional del mantenimiento preventivo de las instalaciones.	Comité
		2°EM	Programa de mantenimiento preventivo de instalaciones.	Cir. IP 37
	INS 3.2	1°EM	Se ha designado el responsable institucional del plan de contingencia en caso de interrupción de suministro eléctrico.	Comité
2°EM		Documento que describe el plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico.	Cir. IP 37	
Servicios de Apoyo – Laboratorio Clínico	APL 1.1	1° EM	Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados.	Comité
	APL 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado.	Cir. IP 37
	APL 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos respecto de los procesos de las etapas analíticas y post analíticas.	Cir. IP 37
	APL 1.4	1°EM	Existen registros de participación en Programa de la Evaluación Externa de la Calidad	Comité
		2°EM	Se documenta análisis y acciones de mejora en caso de incumplimiento de requisitos establecidos en el Programa de Control de Calidad Externo.	Comité
	APL 1.5	1°EM	Documento que describe las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso.	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Farmacia	APF 1.1	1° EM	Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados.	Comité
	APF 1.2	1°EM	Se constata que el suministro de Farmacia está respaldado por un Comité de Farmacia. *	Comité
		2°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de medicamentos.	Cir. IP 37

Ámbito/Característica	Elemento medible	Documentos contemplados en el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta	Aprobados por la SdS	
		3°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de insumos.	Cir. IP 37
		4°EM	Se constata: participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de medicamentos.	Comité
		5°EM	Se constata: participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de insumos.	Comité
	APF 1.3	1°EM	Se describe en un documento(s) los siguientes procedimientos: a) Rotulación de medicamentos b) Envasado de medicamentos e insumos c) Despacho de medicamentos e insumos	Cir. IP 37
	APF 1.4	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con medicamentos.	Cir. IP 37
	APF 1.5	1°EM	Documento que describe el procedimiento de preparación, almacenamiento, distribución y desecho de medicamentos antineoplásicos.	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Esterilización	APE 1.1	1° EM	Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados.	Comité
	APE 1.3	1°EM	Documento que describe los métodos de esterilización y desinfección.	Cir. IP 37
	APE 1.4	1°EM	Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril.	Cir. IP 37
	APE 1.5	1°EM	Documento que describe el procedimiento de desinfección de alto nivel.	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Transporte de Pacientes	APT 1.1	1° EM	Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados.	Comité
	APT 1.2	1°EM	Documento que describe procedimientos relacionados con el transporte de pacientes.	Cir. IP 37 Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Diálisis	APD 1.1	1° EM	Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados.	Comité
	APD 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos de hemodiálisis, peritoneo diálisis y sistema estandarizado de registros.	Cir. IP 37
	APD 1.3	1°EM	Programa de capacitación a pacientes y/o familiares en peritoneo diálisis.	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Radioterapia	APR 1.1	1° EM	Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados.	Comité
	APR 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos de radioterapia.	Cir. IP 37
	APR 1.3	1°EM	Documento que describe el sistema de control de calidad de la radioterapia.	Cir. IP 37
	APR 1.4	1°EM	Documento que describe las características de los registros clínicos.	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Anatomía Patológica	APA 1.1	1° EM	Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados.	Comité
	APA 1.2	1°EM	Documento que describe los procesos de la etapa pre-analítica.	Cir. IP 37
	APA 1.3	1°EM	Documento que describe los procesos de la etapa analítica y post analítica.	Cir. IP 37
	APA 1.4	1°EM	Documento que describe las condiciones de bioseguridad en todas las etapas del proceso.	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Quimioterapia	APQ 1.1	1° EM	Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados.	Comité

Ámbito/Característica		Elemento medible	Documentos contemplados en el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta	Aprobados por la SdS
	APQ 1.2	1°EM	Documento que describe protocolos de tratamiento de quimioterapia y sistema de registros.	Cir. IP 37
	APQ 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con quimioterapia.	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Imagenología	API 1.1	1° EM	Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados.	Comité
	API 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos imagenológicos que involucran procedimientos invasivos.	Cir. IP 37
	API 1.3	1°EM	Documento que describe los requisitos de la solicitud de examen y las indicaciones que deben entregarse al paciente antes y después de los procedimientos.	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Kinesioterapia	APK 1.1	1° EM	Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados.	Comité
	APK 1.2	1°EM	Documento que describe los requisitos de preparación del paciente previo a la ejecución de procedimientos de kinesioterapia respiratoria.	Cir. IP 37
	APK 1.3	1°EM	Documento que describe las contraindicaciones para ejecución de procedimientos específicos y prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica.	Cir. IP 37
Servicios de Apoyo – Medicina Transfusional	APTTr 1.1	1° EM	Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados.	Comité
	APTTr 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de transfusión.	Cir. IP 37
	APTTr 1.3	2°EM	Se han definido los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos.	Comité
Servicios de Apoyo – Atención de Donantes	APDs 1.1	1°EM	Documento que describe los procedimientos de donación de sangre.	Cir. IP 37
	APDs 1.2	2° EM	Documento con definición de los responsables de evaluar la trazabilidad de los componentes sanguíneos.	Comité

ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN DIÁLISIS

Ámbito/Característica		Elemento medible	Documentos contemplados en el Estándar general de acreditación para prestadores institucionales de Diálisis	Aprobados por la SdS
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.	Cir. IP 37
	DP 2.1	1°EM	Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.	Cir. IP 37
	DP 3.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento para la presentación de casos al comité de ética.	Cir. IP 37
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.	Cir. IP 37
		2°EM	Profesional a cargo del programa.	Comité
		3°EM	Documento que describe el programa de calidad a nivel Institucional.	Cir. IP 37
		4°EM	Informe del programa de calidad que da cuenta de la evaluación anual	Comité
Gestión Clínica	GCL 1.1	1°EM	Documento que describe los procedimientos de hemodiálisis y peritoneo diálisis.	Cir. IP 37
	GCL 1.2	1°EM	Programa de capacitación del procedimiento de peritoneo diálisis a pacientes y/o familiares.	Cir. IP 37

Ámbito/Característica	Elemento medible	Documentos contemplados en el Estándar general de acreditación para prestadores institucionales de Diálisis	Aprobados por la SdS	
	GCL 1.3	1°EM	Programa de control de calidad del agua tratada para hemodiálisis.	Cir. IP 37
	GCL 1.4	1°EM	Documento que describe procedimientos de enfermería.	Cir. IP 37
	GCL 1.5	1°EM	Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar.	Cir. IP 37
	GCL 1.6	1°EM	Documento que describe los criterios de indicación médica de transfusión.	Cir. IP 37
	GCL 1.7	1°EM	Documento que describe procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado.	Cir. IP 37
	GCL 1.8	1°EM	Documento que describe el procedimiento de incorporación de nuevos fármacos.	Cir. IP 37
		2°EM	Documento que describe el procedimiento de incorporación de nuevos insumos.	Cir. IP 37
		3°EM	Se constata: Participación de los usuarios en la evaluación técnica de fármacos.	Comité
		4°EM	Se constata: Participación de los usuarios en la evaluación técnica de insumos.	Comité
	GCL 1.9	1°EM	Documento que describe procedimientos relacionados con medicamentos.	Cir. IP 37
	GCL 1.10	1°EM	Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril.	Cir. IP 37
	GCL 2.1	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención.	Cir. IP 37
	GCL 3.1	1°EM	Documento que describe el sistema de vigilancia de infecciones del torrente sanguíneo asociada a accesos vasculares	Cir. IP 37
GCL 3.2	1°EM	Documento que describe las medidas de prevención de IAAS	Cir. IP 37	
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	1°EM	Documento que describe el sistema de alerta y organización en caso de emergencia.	Cir. IP 37
	AOC 2.1	1°EM	Documento que describe los elementos relacionados con la derivación de pacientes.	Cir. IP 37
	AOC 2.2	1°EM	Documento que describe el sistema de entrega de turnos.	Cir. IP 37
Competencias del Recurso Humano	RH 1.1	1°EM	Habilitación profesional médicos permanentes	Comité
		2°EM	Habilitación profesional médicos transitorios	Comité
	RH 1.2	1° -al 6° EM	Habilitación profesionales y técnicos	Comité
	RH 1.3	1°EM	Registro especialidad médica	Comité
	RH 2.1	1°EM	Programa de orientación.	Cir. IP 37
	RH 3.1	1°EM	Programa de capacitación.	Cir. IP 37
	RH 4.1	1°EM	Se ha designado el responsable institucional del programa de salud laboral.	Comité
		2°EM	Documento de carácter institucional el programa de control de riesgos	Cir. IP 37
RH 4.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes del personal con material contaminado con sangre o fluidos corporales.	Cir. IP 37	
Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe la existencia de ficha clínica única individual y su manejo.	Cir. IP 37
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe las características de los registros clínicos.	Cir. IP 37
	REG 1.3	1°EM	Documento que describe los informes que deben ser entregados al paciente respecto de las prestaciones realizadas.	Cir. IP 37
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de equipamiento.	Cir. IP 37
		2°EM	Existe constancia de la participación del personal técnico y usuarios en la compra del equipamiento.	Comité
	EQ 1.2	1°EM	Documento que describe un sistema del seguimiento de vida útil de equipamiento relevante.	Cir. IP 37
		2°EM	Existe un informe anual de las necesidades de reposición del equipamiento crítico.	Comité

Ámbito/Característica		Elemento medible	Documentos contemplados en el Estándar general de acreditación para prestadores institucionales de Diálisis	Aprobados por la SdS
	EQ 2.1	1°EM	Se ha designado el profesional responsable del mantenimiento preventivo del equipamiento a nivel institucional.	Comité
		2°EM	Programa de mantenimiento preventivo del equipamiento.	Cir. IP 37
Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	1°EM	Se ha designado un responsable institucional del plan de prevención de incendios.	Comité
		2°EM	Documento que describe el plan de prevención de incendios.	Cir. IP 37
	INS 2.1	1°EM	Se ha designado un responsable institucional del plan de evacuación.	Comité
		2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.	Cir. IP 37
	INS 2.2	1°EM	Se ha designado el responsable institucional del mantenimiento y actualización periódica de la señalética de vías de evacuación del establecimiento.	Comité
	INS 3.1	1°EM	Se ha designado el responsable institucional del mantenimiento preventivo de las instalaciones.	Comité
		2°EM	Programa de mantenimiento preventivo de instalaciones.	Cir. IP 37
	INS 3.2	1°EM	Se ha designado el responsable institucional del plan de contingencia en el caso de interrupción de suministro eléctrico.	Comité
2°EM		Documento que describe el plan de contingencia en caso de interrupción del suministro eléctrico.	Cir. IP 37	
Servicios de Apoyo – Laboratorio Clínico	APL 1.1	1° EM	Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados.	Comité
Servicios de Apoyo – Esterilización	APE 1.1	1° EM	Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados.	Comité
Servicios de Apoyo – Transporte de Pacientes	APT 1.1	1° EM	Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados.	Comité
Servicios de Apoyo – Medicina Transfusional	APTTr 1.1	1° EM	Documento que da cuenta que la compra de servicios se realiza a terceros que poseen autorización sanitaria, o están acreditados.	Comité

ESTÁNDAR DE ACREDITACIÓN LABORATORIOS CLÍNICOS

Ámbito/Característica		Elemento medible	Documentos contemplados en el Estándar general de acreditación para prestadores institucionales de Laboratorio	Aprobados por la SdS
Dignidad del Paciente	DP 1.2	1°EM	Documento que describe el procedimiento de gestión de los reclamos.	Cir. IP 37
	DP 2.1	1°EM	Documento que describe la obligación de someter a aprobación ética todas las investigaciones en seres humanos.	Cir. IP 37
	DP 3.1	1°EM	Convenios docente asistenciales.	Comité
Gestión de la Calidad	CAL 1.1	1°EM	Documento que describe la política de calidad de la institución.	Cir. IP 37
		2°EM	Designación del responsable del programa	Comité
		3°EM	Programa de calidad.	Cir. IP 37
		4°EM	Informe que da cuenta de la evaluación anual del programa	Comité
Gestión de Procesos	GP 1.1	1°EM	Documento que describe el protocolo de reanimación cardiopulmonar básica.	Cir. IP 37
	GP 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con el proceso de toma de muestra y su traslado.	Cir. IP 37
	GP 1.3	1°EM	Documento que describe los procedimientos de los procesos analíticos y post analítico.	Cir. IP 37
	GP 1.4	1°EM	Existen registros de participación en PEEC	Comité
	GP 1.5	1°EM	Documento que describe las condiciones de bioseguridad.	Cir. IP 37

Ámbito/Característica		Elemento medible	Documentos contemplados en el Estándar general de acreditación para prestadores institucionales de Laboratorio	Aprobados por la SdS
	GP 1.6	1°EM	Documento que describe los procedimientos relacionados con precauciones estándar y uso de antisépticos.	Cir. IP 37
	GP 1.7	1°EM	Documento que describe el procedimiento de adquisición de reactivos e insumos.	Cir. IP 37
		2°EM	Se constata participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de los reactivos.	Comité
		3°EM	Se constata participación de los profesionales usuarios en la evaluación técnica de los insumos.	Comité
GP 1.8	1°EM	Documento que describe el procedimiento de almacenamiento de material estéril.	Cir. IP 37	
Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención	AOC 1.1	1°EM	Documento que describe el sistema de alerta y organización en caso de que ocurra una emergencia.	Cir. IP 37
	AOC 1.2	1°EM	Documento que describe el sistema de priorización de la atención de los pacientes.	Cir. IP 37
	AOC 1.3	1°EM	Documento que describe la notificación de resultados críticos.	Cir. IP 37
Competencias del Recurso Humano	RH 1.1	1°- 2°EM	Listado de RRHH	Comité
	RH 1.2	1° a 12°EM		Comité
	RH 2.1	1°EM	Programa de orientación.	Cir. IP 37
		1°EM	Programa de capacitación.	Cir. IP 37
	RH 3.1	2°EM	Constancia de la actualización del personal de las tomas de muestra en RCP cada 5 años	Comité
		RH 4.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento para el manejo de accidentes relacionados con sangre o fluidos corporales de riesgo.
2°EM	Registros implementados y en uso de los accidentes ocurridos.		Comité	
Registros	REG 1.1	1°EM	Documento que describe las características de los informes de resultado.	Cir. IP 37
	REG 1.2	1°EM	Documento que describe los procedimientos de entrega y conservación de informes de resultados.	Cir. IP 37
Seguridad del Equipamiento	EQ 1.1	1°EM	Documento que describe el procedimiento para la adquisición de equipamiento.	Cir. IP 37
		2°EM	Constancia de la participación del personal técnico y usuarios en la compra del equipamiento	Comité
	EQ 2.1	1°EM	Programa de mantenimiento preventivo de equipos.	Cir. IP 37
Seguridad de las Instalaciones	INS 1.1	1°EM	Designación del responsable institucional del plan de prevención de incendios.	Comité
		2°EM	Documento que describe el plan de prevención de incendios.	Cir. IP 37
	INS 2.1	1°EM	Designación responsable institucional del plan de evacuación	Comité
		2°EM	Documento que describe el plan de evacuación.	Cir. IP 37
	INS 2.2	1°EM	Designación responsable institucional del mantenimiento y actualización periódica de la señalética de vías de evacuación	Comité
	INS 3.1	1°EM	Designación de Responsable del mantenimiento preventivo de las instalaciones	Comité
2°EM		Documento que describe el mantenimiento preventivo de las instalaciones.	Cir. IP 37	
Laboratorio	APL 1.1	1°EM	Listado de laboratorios a los cuales derivan muestras	Comité

Para efectos de la solicitud de documentos al prestador previo al inicio de las evaluaciones, respecto de los demás estándares de acreditación vigentes que no se encuentran descritos en el presente Anexo, las Entidades Acreditadoras deberán regirse por los listados que al efecto se encuentran instruidos en la Circular IP N°37 de 2017.

ANEXO N°2 Formato Cronograma Evaluación Híbrida(Ejemplo)

CRONOGRAMA PARA LA EVALUACIÓN DE PRESTADORES EN TERRENO

Nombre del prestador a evaluar: XXXXX						
Fecha de evaluación Telemática: 8 al 9 de xxxxxxxx						
N° de días de evaluación documental telemática: 1						
Fecha de evaluación Presencial: 10 al 11 de xxxxxxxx						
N° de días de evaluación presencial: 1						
Nombre del director técnico del proceso: xxx						
Numero de evaluadores: xxx						
Nombre de los evaluadores, Rut y profesión: xxxxxxx						
EVALUACION TELEMATICA						
Fecha	Horario	Evaluador Entidad	Puntos de verificación	Unidad o servicio	Características/ Elemento Medible	Referente Prestador/cargo
Lunes xx de xx	08:30 – 09:00	Equipo Entidad Acreditadora DT	Reunión De Inicio/vía zoom	-	-	DIRECTIVOS DEL PRESTADOR
Lunes 08 de xxx	09:00 – 13:00	Evaluador 1	Urgencias	Unidad de Emergencia Adulto	DP-1.2- 1°EM DP-4.2- 1°EM CAL-1.2 GCL-1.2 GCL-1.4 GCL-1.7 GCL-1.9	XXXXX
	09:00 – 13:00	Evaluador 2	Medicina / Cirugía	MQ	DP-4.2 CAL-1.2 GCL-1.2 GCL-1.3 GCL-1.4 GCL-1.9	XXXX
Martes 09 de xxx	09:00 – 13:00	Evaluador 3	Dirección	Dirección	DP-1.2 DP-1.3 DP-3.1 DP-4.1 RH-1.1 RH-1.2 RH-1.3 RH-2.1 RH-3.1	
EVALUACION PRESENCIAL						
Fecha	Horario	Evaluador Entidad	Puntos de verificación	Unidad o servicio	Características/ Elemento Medible	Referente Prestador
Miércoles xx de xxx	09:00 – 13:00	Evaluador 1	Urgencias	Unidad de Emergencia Adulto	GCL-1.2 GCL-1.4 GCL-1.7 GCL-1.9	XXXXX
	09:00 – 13:00	Evaluador 2	Medicina / Cirugía	MQ	GCL-1.2 GCL-1.3 GCL-1.4 GCL-1.9 GCL-1.10 GCL-2.2 GCL-2.3	XXXXXX
Jueves 11 de XX	16:00 – 17:00	Equipo Entidad Acreditadora DT	Reunión de Cierre	-	-	Directivos del Prestador
Puntos de verificación que no aplican: XXXX.						
Características que no aplican: XXXXXX						

ANEXO N°3

Protocolo de Seguridad para la Constatación en Terreno Elaborado por cada Entidad Acreditadora

- 1) Cada Entidad Acreditadora que aspire a participar en la evaluación de procesos de acreditación, a partir de la reanudación de estos, elaboró un protocolo de seguridad para ser aplicado en las evaluaciones presenciales en terreno, con el objetivo de minimizar los riesgos de contagio por el virus SARS CoV-2, tanto de su equipo evaluador como de los referentes y personal del prestador en proceso, con los cuales tomo contacto directo, y en los traslados que deba realizar el equipo de la Entidad.
- 2) Para la elaboración del protocolo de seguridad se deben obligatoriamente cumplir con todas normativas ministeriales vigente en la pandemia vigente. Entre los principales, están los siguientes:
 - **Circular C13 N°9 de marzo 2013:** Precauciones estándares para el control de infecciones en la atención en salud y algunas consideraciones sobre aislamiento de pacientes”.
 - **Circular C37 N°10 de diciembre 2018:** Recomendaciones sobre aseo y desinfección de superficies ambientales para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).
 - **Circular C37 N°1 de marzo 2020:** “Protocolo de referencia para correcto uso de equipo de protección personal en pacientes sospechosos o confirmados de Covid-19”.
 - **Decreto Exento N°12 de marzo 2020:** “Dispone vacunación obligatoria contra influenza para el año 2020 a grupo de población que indica”. (Exigencia para evaluadores que estén dentro de los grupos expuestos).
 - **ORD. C27 N°808 de marzo 2020:** “Envía recomendaciones plan de contingencia Covid-19”.
 - **Circular C37 N°2 de abril 2020:** “Racionalización del uso de equipos de protección personal (EPP) en el contexto de la atención de pacientes durante la pandemia de Covid-19”.
 - **Circular C37 N°4 abril 2020:** “Sobre algunas medidas para la protección del personal de salud en el contexto de la atención de establecimientos de salud durante la pandemia de Covid-19”.
 - **Resolución Exenta N°282 de abril 2020:** “Dispone uso obligatorio de mascarillas en lugares y circunstancias que indica”.
 - **ORD. B32 N°1040 de abril 2020:** “Orientaciones para el manejo de residuos de establecimientos de atención de salud en el contexto de la pandemia Covid-19. MINSAL. (por su responsabilidad en la eliminación correcta de EPP)”.
 - **ORD. B1 N°1086 de abril 2020:** Recomendaciones de actuación en los lugares de trabajo en el contexto Covid-19. (Responsabilidad durante la permanencia en instalaciones del prestador).

- Instrucciones dinámicas que vaya dictando la Autoridad Sanitaria, para el Plan paso a paso.
- 3)** El protocolo de seguridad de la mayoría de las Entidades Acreditadoras, fue enviado al Subdepartamento de Fiscalización en Calidad, para revisión y verificación de su cumplimiento desde el punto de vista de la normativa del MINSAL, citada precedentemente, y otras que sean pertinentes de acuerdo a la realidad de cada Entidad. Las Entidades que tengan pendiente la evaluación de su protocolo de seguridad, deberán hacerlo previo a la aceptación o a la visita en terreno (procesos suspendidos) de cualquier proceso de acreditación que les compete.

